

介護保険下における在宅介護支援センターの方向性 －在宅介護支援センター再構築の類型化に基づく考察－

春名 苗

聖隷クリストファー大学

Orientation of the In-Home Care Support Centers under Public Care Insurance, Based on Classification of the Reorganized In-Home Care Support Centers

Mitsu HARUNA

Seirei Christopher College

抄録

本研究は、厚生労働省の政策として進められている在宅介護支援センターの再構築を基幹型在宅介護支援センターと地域型在宅介護支援センターの関係、そして基幹型在宅介護支援センターの方針によって出てくる違いに着目し、整理を行ったものである。2003年8月に兵庫県内の11カ所の地域型在宅介護支援センター、3カ所の基幹型在宅介護支援センターに対して聞き取り調査を行い、再構築の現状を明らかにすることによって類型化し、介護保険下において在宅介護支援センターの進むべき方向性を示している。

キーワード：在宅介護支援センター、再構築、類型化、介護保険、ケアマネジメント

はじめに

在宅介護支援センター（以後、支援センター）は、法的にはじめてケースマネジメントを行う機関とされ、地域におけるサービスの司令塔のような役割を期待されていたが、介護保険の導入により、居宅介護支援事業が加わり、業務が拡大化した。居宅介護支援事業へ傾注するとともに、従来の支援センターの機能に十分に力を注げなくなってきたのである。¹⁾

しかし、そのような動きに歯止めをかけようとするのが厚生労働省の政策として進められている支援センターの再構築である。再構築は、基幹型在宅介護支援センター（以後、基幹型）、地域型在宅介護支援センター（以後、地域型）と機能別に分け、市区町村内でネットワークを組むことで、支援センターが保険給付対象内外のサービスを含めた地域ケア体制の中心になる基盤作りをする意図がある。

しかし、再構築が実施された当初から、再構築の形態は、基幹型と地域型の関係、基幹型の方針などにより、市区町村によってさまざまであった。基幹型と地域型の関係は、基幹型が担当地域を持たず地域型の統括・支援に力を注ぐか、担当地域をもち地域型を兼ねているかによって異なるし、また、基幹型の方針は、地域ケア会議などで地域型の意見を吸い上げるボトムアップの方向か、地域型を管理するトップダウンの方向かによって異なる。それらによってさまざまな形態が出ているにもかかわらず、整理されないまま進められているところに問題があるのである。

再構築は、今後の支援センターのありようだけでなく、支援センターが再構築の意図を発揮し保険給付対象内外のサービスに対応することで、介護保険下における在宅福祉サービスのあ

りようをも変えていく可能性を持つと思われるが、再構築を基幹型と地域型の関係、基幹型の方針の違いを含めて整理し、方向性を検討した研究はほとんど見当たらない。

そのため、本稿では、支援センターの変遷を整理して再構築の重要性を明らかにする。そして、兵庫県内の支援センターの聞き取り調査により、基幹型と地域型の関係、基幹型の方針を含めて現状を整理し、介護保険下における支援センターの進むべき方向性を示すことを目的とする。

1. 在宅介護支援センターの変遷からみた再構築の重要性

支援センターは、もともとどのような機能をもっていたのか、それが介護保険の導入でどのように変化したのか、また再構築の意義はなにか、その動向を支援センターの創設から今日まで、以下のような5つの時期区分に沿って整理してみたい。(表1)

「創設期」：設立から91年9月『全国在宅介護支援センター協議会』発足まで

「定礎期」：91年9月『全国在宅介護支援センター協議会』発足から94年12月『新たな高齢者介護システム構築を目指して』まで

「変動期」：94年12月『新たな高齢者介護システム構築を目指して』から97年11月『在宅介護支援センター機能強化と再構築をすすめるために』まで

「再編期」：97年11月『在宅介護支援センター機能強化と再構築をすすめるために』から2000年4月『介護

表 1 在宅介護支援センターの変遷

時期区分	主な動向	内 容
創設期 (成立から91年9月「全国在宅介護支援センター協議会」発足まで)	89年「ゴールドプラン」により設置	各中学校区に1カ所、「一地域一支援センター」の割合で1万カ所整備予定
	90年「8法改正」	老人福祉法第6条の2に「介護支援相談」の規定
	90年「在宅老人デイ・サービス事業	設置目的、事業主体、運営委託、職員の配置、事業内容の明示
	91年「在宅介護支援センターの採択方針について」	新規法人等の運営を認めるなど採択方針の緩和
	91年「全国在宅介護支援センター協議会」設立	
定礎期 (91年9月「全国在宅介護支援センター協議会」発足から94年12月「新たな高齢者介護システム構築を目指して」提出まで)	94年「在宅介護支援センター運営実施要綱」改正	従来の運営実施要綱をより具体的にし、職員の責務として「個別処遇計画(ケースマネジメント)等の技術に関し自己研鑽に努めるものとする」と規定
	94年「老人介護支援センター」として規定される	老人福祉法第20条7の2
	94年「連携運営(ネットワーク)方式」の導入	近隣の特養と密接な連携が確保された単独デイサービスセンターに併設が可能となる
	94年「全国在宅介護支援センター実態調査報告書」	相談件数も年々増加しており機能の拡大が認められることが指摘されている
変動期 (94年12月の「新たな高齢者介護システム構築を目指して」の提出から97年11月「在宅介護支援センターの機能強化と再構築をすすめるために」提出まで)	96年3月「在宅介護支援センター機能のあり方検討委員会報告書」	従来の機能を相談援助機能、地域把握機能、ネットワーク機能、サービス提供機能と4つに分類して明確化。介護保険に向けて《ケアプラン作成機能》が加わり、それは従来の相談援助機能に含まれるとする
	97年3月「在宅介護支援センター運営ガイド1996」からの抜粋	「汗のかかない支援センターはこれから落伍していく、そういう厳しさを自覚していただきたいと思います」
	97年4月「在宅介護支援センターハンドブック97」からの抜粋	「もう少し母体施設と密着してそこで提供できるサービスを強調するとか介護機器の展示だけでなくフィッティングもやることを強調するなど独自性を出さないと他の機関との競争に負けてしまうのではないか」
	97年7月「厚生省介護保険制度準備室資料」	介護保険導入後は支援センターは国庫補助金制度は廃止され、介護報酬による支払に切り替わることが原則とされた
再編期 (97年11月「在宅介護支援センターの機能強化と再構築をすすめるために」提出から介護保険導入まで)	97年11月「在宅介護支援センターの機能強化と再構築をすすめるために」	介護保険導入を見据えて、支援センターを基幹型、標準型、単独型の3つにわけ、民間事業者の参入を「市町村の傘下で整備されたネットワーク基盤を条件にして囲い込みをかけたかたち」とも考えられている
	99年6月「在宅介護支援センター運営事業実施要綱」改正	従来の運営実施要綱を介護保険下で基幹型、標準型、単独型にわけ再構築に対応したかたちで改定
	99年11月「全国老人福祉担当課長介護保険担当課長会議」	介護保険給付対象外事業「介護サービス適正実施事業」「介護予防・生活支援事業」が明らかになる。実施主体は市町村だが、支援センターに委託可能
	1999年「平成12年度予算概算要求」	人件費補助方式から事業費補助方式への全面移行
	2000年3月「在宅介護支援センター21宣言—倫理行動基準—」	介護保険前に再構築が必要なこと、従来の機能と居宅介護支援事業の区分と関連付けが課題であること、また利用者すべての人権を擁護する機関であることを示す必要性が高まったため8条からなる倫理行動基準が策定された
	2000年3月「これからの在宅介護支援センターの機能と役割について」	介護保険を前に基幹型と地域型との役割を明確にして再構築を方向付けるための課題整理、また従来の機能と居宅介護支援事業の整理を具体的にしている
	2000年3月「在宅介護支援センターの実態把握加算に関する意見」	在宅介護支援センター協議会が厚生省に、実態把握加算に、市町村及び関係機関からの情報提供、また直接訪問だけでなく、電話、相談協力員・関係機関からの情報提供を加算対応にするなどの弾力的対応を要望した
推進期 (2000年4月介護保険導入から今日まで)	2000年4月介護保険制度導入	介護保険制度が導入され、居宅介護支援事業が加わった
	2000年「平成13年度予算概算要求」	在宅介護支援センターの予算に介護予防サービス計画費、痴呆相談事業
	2001年5月「在宅介護支援センター運営事業等実施要綱」改正	介護予防教室、転倒骨折予防教室、サービスマップ作成事業、適正契約普及事業が新規に加算され、予防にシフトしていく方向性が示された
	2002年2月「全国介護保険担当課長会議」	要介護状態になる危険因子の高い者や要支援者、要介護者に対して介護保険サービス以外の介護予防・生活支援サービス調整等について「介護予防プラン作成加算」が算定できるようになった

保険』導入まで

「推進期」：2000年4月『介護保険』導入から今日まで

「創設期」は、支援センターが以後発展していく基礎づくりが成された時期である。支援センターは、89年の『高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）』により、99年までに一万カ所、つまり各中学校区に一カ所「一地域一在宅介護支援センター」の割合で、利用者のニーズに総合的に対応し、地域をも視野に入れた包括的なサービス調整をする機関として設立されたのである。²⁾

「定礎期」は、支援センターの持つ機能をより明確化した時期である。94年に『在宅介護支援センター運営事業実施要綱』が改正され、より位置付けが明確になってくる。法的にもケースマネジメントを行う機関として位置付けられ、事業内容についても修正が加えられ、業務はより具体化される。また支援センターは老人福祉法第20条7の2に、「在宅介護についての総合的な相談に応じ、ニーズに対応した各種サービスが総合的に受けられるよう援助すること」とされ、「老人介護支援センター」として規定されるようになったのである。

しかし、「変動期」には、「創設期」、「定礎期」で地域における唯一のケースマネジメント機関として基盤を確立してきた支援センターの位置付けが、介護保険の導入検討で大きく変化してくるのである。

介護保険下では、支援センターは、地域の唯一のケアマネジメント機関ではなく³⁾、居宅介護支援事業者の一つにしか過ぎないことがわかり、居宅介護支援事業者として他機関と競争する焦燥が強くなってくる。

97年3月の『在宅介護支援センター運営ガ

イド1996』では次のように書かれている。

「『介護保険導入までにはまだ時間がある』『まだ何も知らないから時間がほしい』とかいうときではないのです。開設した限りは明日からでも動かないといけない、待ったなしです。……汗のかかない支援センターはこれから落伍していく、そういう厳しさを自覚していただきたいと思います。」⁴⁾

また97年4月の『在宅介護支援センターハンドブック97』でも他機関と競争する焦燥が見られる。

「もう少し母体施設と密着してそこで提供できるサービスを強調するとか、介護機器の展示だけでなく、フィッティングもやるということなどを強調するなど独自性を出さないと他の機関との競争に負けてしまうのではないか。」⁵⁾

そして、97年7月には、厚生省介護保険制度準備室から「介護保険給付の対象となるサービスについては、介護保険導入後は国庫補助金制度は廃止され、介護報酬による支払に切り替わることが原則となる」⁶⁾とされ、そのサービスの中に「在宅介護支援センター運営事業」とあり、支援センターも組み入れられた。これは、支援センターにとって、介護報酬以外の資金がなくなることを意味しており、ケアプランを多くこなし、介護報酬を得ることでは、存続はありえないことになる。

そして、「再編期」には、この「変動期」の「居宅介護支援事業者の機能を強化する動き」がより顕著になる一方で「従来の機能を強化する動き」も出てくるのである。「居宅介護支援事業者の機能を強化する動き」は、98年には、条件を満たした民間事業者に在宅介護支援センターを委託することが可能になり、また平成12年度予算概算要求でも人件費補助方式から事業費補助方式への全面移行となるところにあ

らわれている。しかし、このような‘居宅介護支援事業者の機能を強化する動き’を緩和して、支援センター間だけでも連携を密にし、‘従来の機能を強化する動き’が出てくるが、これが支援センターの再構築なのである。

再構築は、97年11月に、『在宅介護支援センターの機能強化と再構築をすすめるために』で提示されたのが最初である。そして、2000年3月には、全国在宅介護支援センター協議会による『在宅介護支援センターの役割と機能について』が出され、基幹型と地域型と機能別に分けている。地域型は従来の支援センターであり、基幹型は、主に地域型の統括・支援、地域ケア会議の運営を行い、その他、地域型が実施する介護予防・生活支援事業の総合調整、介護サービス機関・介護支援専門員の指導支援・育成の取りまとめを行うとされている。市区町村内で、基幹型と地域型がネットワークを組み、利用者主体のケアマネジメント機能を拡充していくことが明らかにされており、次のように書かれている。

「在宅介護支援センターは、従来から要介護者に対して直接的には介護サービスの利用に結びつかないが、高齢者やその家族にとって必要な機能を含めて、ケアマネジメントの経験を積んできている。在宅介護支援センターは、このような真に要介護（要支援）高齢者やその家族のためとなるケアマネジメントを実行し、リードする役割を担うべきである。」⁷⁾

「基幹型及び地域型在宅介護支援センターの役割分担を明確にして、介護保険給付対象内外を含め、地域の高齢者全体を視野に入れ、その生活を支える地域ケア体制の中心となることが求められる。」⁸⁾

つまり、再構築とは、支援センターが従来からの総合的な相談を担っていけるよう、基幹型、

地域型と機能別にわけてネットワークを組み再編しようとする試みである。

そして、この再構築が提示されるのに伴い、『在宅介護支援センター運営事業実施要綱』も改正され再構築に対応するものとなった。また、『在宅介護支援センター21宣言—倫理行動基準—』が出され、条文解説書には次のように書かれている。

「『支援センター』の中心業務はケアマネジメントであり、社会資源の調整開発はそのケアマネジメントの重要な機能の一つといえる。介護保険制度施行後はサービス基盤がかなり整備されてくることが予想されるが、介護認定外の高齢者等や介護保険によるサービスだけではニーズが充足しきれない場合、また、対応困難な事例については『支援センター』が引き続き各種社会資源を調整開発して援助を行っていくことを示している。」⁹⁾

このように、保険給付対象内外サービスを含めての地域ケア体制作りという再構築の意図は『在宅介護支援センター運営事業実施要綱』の改正や『在宅介護支援センター21宣言—倫理行動基準—』が提示されることでより強調されている。

「推進期」には、介護保険が導入され、いよいよ‘居宅介護支援事業者の機能を強化する動き’が出てくる一方で、‘従来の機能を強化する動き’が推進されてくる時期である。再構築の基幹型を中心としたネットワークを強化することで地域におけるサービス調整のリーダー的役割を担い、そのために支援センターが介護保険給付対象内外のサービスを含めたケアマネジメントをすることが求められるのである。2001年5月には、『在宅介護支援センター運営事業実施要綱』も改正され、要介護状態になる危険因子の高い者や要支援者、要介護者に対

して介護保険サービス以外の介護予防・生活支援サービス調整等について「介護予防プラン作成加算」が算定できるようになった。また2002年の『全国介護保険担当課長会議』においては、「ケアマネジメントリーダー活動支援事業」が提示され、介護保険内外にわたるケアマネジメントをチームで行い、基幹型が地域型や居宅介護支援事業者のリーダーとなっていくことが明記された。

このように、支援センターの再構築は、介護保険給付対象外のサービスをも視野に入れてケアマネジメントしていくための基盤づくりであり、支援センターが保険給付対象外のサービスにも対応することで、今後の支援センターのありようだけでなく、介護保険下における在宅福祉サービスのありようをも変えていく可能性を持つ大きな力であると思われるのである。

しかし、実際、進められている再構築には、基幹型と地域型の関係、市区町村の方針などによっておこりうる違いが検討されていないという問題がある。そして、それらの違いが全く検討されないまま進められると、方向性が定まらず、保険給付対象内外のサービスを含めての地域ケア体制作りという再構築が持つ意図は十分発揮できないと考える。

そのため、聞き取り調査を行い、基幹型と地域型の関係、基幹型の方針などを含めて再構築の現状を整理することで、今後の再構築の方向性を明らかにしていきたい。

2. 兵庫県内在宅介護支援センターの聞き取り調査結果

1) 調査概要

聞き取り調査の目的は、再構築を基幹型と地域型の関係、基幹型の方針などを含めて整理し、

現状を明らかにして方向性を示すことである。調査は、2003年8月に実施し、調査対象は、11カ所の市区町村である。11カ所の各市区町村から1カ所の地域型に支援センターの再構築における状況を聞いた。¹⁰⁾聞き取りに応じてくれた職種は、ソーシャルワーカーが8名、管理者4名の12名である。1カ所の地域型のみ、複数の職員で応じてくれたが、基本的には1対1で面接を行う個別面接法に基づいている。

なお、地域型からの聞き取り調査の結果がでて再構築を類型化できた時点で、それをより詳しく把握するために、各類型から1カ所の基幹型、つまり3カ所の基幹型に聞き取り調査を依頼し、地域型側からのみしか見られなかったところを補った。聞き取りに応じてくれた職種は管理職が3名である。

聞き取り調査はセミ・オープン形式を取り、以下の3点は必ず聴取するようにした。すなわち、①市区町村の再構築の現況、②居宅介護支援事業と支援センター業務、③地域ケア会議、の3点である。面接では相手の理解を取りテープに録音させてもらうか、もしくはメモを取らせてもらった。調査時間は1カ所につき70分から150分に及んだ。

2) 調査結果と考察

①市区町村の再構築の現況

市区町村の現況は、基幹型と地域型の関係、各基幹型(市区町村)の方針によって違いがあることが明らかになった。

基幹型と地域型の関係は、基幹型が基幹型のみの機能をもつか、基幹型が地域型も兼ねているかによって異なる。

「基幹型は市町村全域にわたる統括支援・調整機能を担う。但し、市町村の実情により相談業務やエリアをもった地域型機能をかねるものと

する」¹¹⁾

このように、基幹型は、基本的には担当地域を持たず、地域型のサポートが求められているが、場合によっては、担当地域を持つというように地域型を兼ねることも可能とされており、現場でもいろいろな形態がとられていた。つまり、基幹型が担当地域をもたず基幹型のみの機能をもっているならば地域型の統括・支援に力を注ぐことになるが、基幹型が担当地域をもち地域型を兼ねているのならば地域型への統括・支援に力を注ぐことはできず他の地域型とは並列の関係になる。11市区町村の中では、基幹型のみの機能をもち地域型の統括・支援に力を注いでいるところは7カ所、地域型も兼ね他の地域型と並列関係であるところが4カ所であった。

また、各基幹型(市区町村)の方針は、地域型に対して権威を持ち業務を管理し規制するトップダウンの方向と地域型を中心において協働するボトムアップの方向にわかれてきたのである。つまり、地域型に対して権威的である方向と地域型を中心に置き基幹型と地域型が協働する方向の二つであり、これらは基幹型と地域型でもたれる地域ケア会議などを通して顕在化している。

これらを調査で得られたデータを抽出していきながらみていきたい。

まず、地域型に対して権威的であるところは、地域ケア会議において地域型の要望が通るシステムづくりがなされていない。

「基幹型から下りてきた仕事を地域型のものではないと食い止めることはできてもこちらからの要望は通ったことはないです。」

「実態把握でもどういう人が対象かということが会議でも明確にしてもらえないし、そしてこちらが実態把握であげると差し戻しとかね。現場を知らない人が管理するからおかしくなるんですよね。いわれるままにしていますけど、困りますよね。」

また、十分な話し合いがなく、地域型の業務以外の業務を負担させられたり、地域型の業務を規制するということがおこっている。

「認定調査で認定は受けているけどサービスは受けていない方の認定更新を地域型でしないといけなかったり、実態把握関係とかいって高齢者と高齢者のみ世帯を何千件も入力作業とか封入作業とかまわってきたりしますよ。そうすると支援センター本来の業務になかなか手が回らない。」

「自分たちの地域で介護予防教室を開催したいといってもそれは待ってくださいとかね。予算は要らないといってもね。でもこれはいろいろな市でも地域型がどんどんやっているじゃないですかね。ここは阻止されましたし、その理由もわからないですよ。」

このように、地域型に対して権威的であるところはトップダウンであり、地域型の力を生かしきれておらず、マイナス評価である。

他方、地域型を中心に置き、基幹型と地域型が協働する方向では、地域ケア会議において地域型の要望が通り基幹型が行政との掛け橋になっている。

「地域型の声を引き上げてそれを行政が具体化するように上にもっていくというのは

基幹型の仕事になりますよね。だから基幹型が地域型を動かすというより地域型が基幹型を動かしていくというか。でもそのためには基幹型がどれだけ理解を示してくれるかというのがキーとなると思いますよ。」

「一支援センターが声をあげたところで何のことにものならないと思うんですよ。横の連携としてネットワーク作って、そのために基幹型も動いてくれてそしてはじめて行政もわかってくれる。」

このように、地域型を中心に置き、基幹型と地域型が協働するところは、基幹型が地域型の力を発揮させ連携がスムーズにいておりプラス評価である。

11 市区町村の中では、地域型に対して権威的である方向を持つところは4カ所、地域型を中心におき基幹型と地域型が共同する方向を持つところは7カ所であった。

これらの再構築の状況は、基幹型と地域型の関係、各基幹型の方針によって以下のように類型化できると考える。(図1)

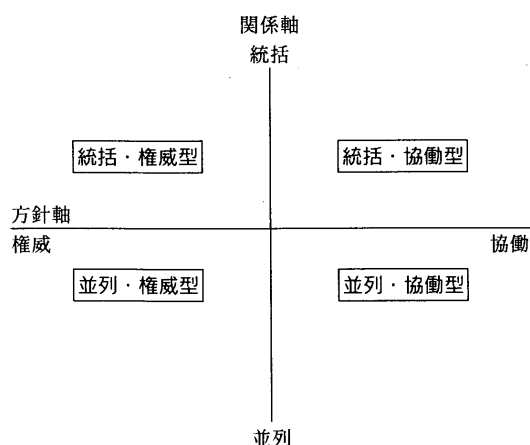


図1 再構築の類型

まず、基幹型と地域型の「関係」をみるとき、「統括—並列」という軸が設定できる。これは

基幹型が担当地域を持たず基幹型のみの機能をもっているならば、地域型の統括・支援に力を注ぐことになり地域型を「統括」する傾向をもつし、基幹型が担当地域を持ち地域型の機能を兼ねているならば、地域型の統括・支援に力を注ぐことはできず他の地域型と「並列」する傾向をもつからである。

また、基幹型(市区町村)が地域型に対してどのような対応をするかという方針をみるとき、「権威—協働」という軸が設定できる。具体的には、基幹型によって地域型に規定されている業務以外の業務を負担させられ、かつ地域ケア会議で地域型の要望の吸い上げがないところは権威型、基幹型によって地域型に規定されている業務以外の業務を負担させられることはなく、かつ地域ケア会議で地域型の要望の吸い上げができていところは協働型である。

そしてこれらの2つの軸によって4つの象限が設定されるから、それらを「統括・権威型」、「統括・協働型」、「並列・権威型」、「並列・協働型」とし、4つに類型化できる。その内訳は、「統括・権威型」が4カ所、「統括・協働型」が3カ所、「並列・権威型」が0カ所、「並列・協働型」が4カ所であった。

② 居宅介護支援事業と支援センター業務

介護保険導入により支援センター業務に居宅介護支援事業が加わり、業務が拡大化してきた。介護保険から3年経ち、支援センターの重要性を考慮し、市の独自の取り組みとして支援センター業務に専属の職員を置いているところと支援センター業務に専属の職員を置くのは各法人に任せているところにわかれている。

市区町村単位で居宅介護支援事業と兼務することなく支援センター業務に専属職員を置く取り組みをしているところは地域に目が向き、介

介護保険以外の利用者のニーズにも対応できているようである。

「専属であるというのは、介護保険以外のことで集中できるということですかね。介護保険では問題が解決できない利用者がいっぱいいらしてそこに行き届くんですね。多問題の家族とか、介護保険ではとてもじゃないけど対応できませんよね。だから支援センターは介護保険の隙間を埋めていかなければならない。」

「利用者がこられると長期的にその家族全体を支援しなければならない場合もあったりね。何回も足を運んでかかわっていくのってお金にはならない部分ですよ。それって居宅ではできないし支援センターですよ。」

他方、支援センターに専属の職員を置くのを各法人に任せている場合、ほとんどのところが兼務であり、居宅介護支援事業に時間をかなり取られているようである。

「兼務していると期限がある仕事が先になってしまいますよね。居宅の仕事は月ごとの作業があつてそれに追われていると支援センターの仕事はどうしても後回しになりますから。」

「地域型は予算も減らされて居宅でお金を稼がないと肩身が狭いねってことになるでしょ。居宅も支援センターも兼務していると結果的には居宅優先になるんでしょうね。」

市の独自の取り組みとして支援センターに専属の職員を置いているところが5地域、支援

センター業務に専属の職員を置くのは各法人に任せているところが6地域あった。

このように、居宅介護支援事業と支援センター業務を兼務することは、介護報酬が得られ仕事の期限もある居宅介護支援事業に傾注する状況を生み出すことであり、介護保険から漏れた利用者をも支えるためには支援センター専属の職員の配置により支援センターの活動を支えなければならないだろう。

③地域ケア会議

地域ケア会議は、市区町村内の基幹型、地域型が集まってもたれる会議である。2004年度からはそれらを各地域型で担当地域ケア会議という名称で開くことがいわれているが、現在は、この地域ケア会議が、基幹型、地域型のネットワークを機能させ、業務を円滑にするために大きな役割を果たしている。市区町村によって、名称は「連絡協議会」や「月例会」など多様であったが、月一回程度集まって会議を開いているところが多い。この地域ケア会議には二つの方向があった。

一つは、情報交換や自立者・要支援者へのサービス援助事業に終始する方向を持つところである。情報交換は、各支援センターへの連絡事項、基幹型へのケース報告などであり、自立者・要支援者へのサービス援助事業は、介護予防・生活支援事業、介護サービス適正実施指導事業などである。情報交換は、支援センターの業務を円滑にすることにつながっている。また、自立者・要支援者へのサービス援助事業は、介護保険制度で対象にならない利用者へのサービスにつながっている。しかし、要介護者に対しては、介護保険制度を超えてケアマネジメントをすることにはつながっていない。

「その時々の方針の変化とか県の取り組みとか教えてくれたりしますよ。介護保険に関することの方が多いですけどね。」

「参加してもあんまり意味はないです。形式だけですからね。その分の時間、利用者を訪問して向かい合って話しているほうが意味あるでしょ。」

もう一つは、情報交換や自立者・要支援者へのサービス援助事業に加えて、ケース検討会などを発展させ、介護保険枠内で納まりきらない要介護者にとっての必要なサービスを開発していくとする方向を持つところである。各地域型が利用者とのかかわりからみえてきたものを発展させ、保険給付対象外サービスを開発する方向は「統括・協働型」と「並列・協働型」で、かつ支援センターの専属の職員をおいている地域で行われていた。保険給付対象外サービスを開発することは、要介護者のニーズを吸い上げ、必要なサービスを開発することにより、介護保険を超えて利用者主体のケアマネジメントをすることにつながっている。

「会議では二部形式にして、一部を連絡にして二部を勉強会に当てたんですね。それを積み重ねていくうちに地域で密着した広報活動をしていかなければならないことが見えてきた。介護保険のサービスって十分じゃないんですよ」

「利用者によってはいろんなところから見守りとか支援とかしていかなければならないですよ。民生委員さんもボランティアさんも見守ってくださる。でも生活に密着したボランティアさんって少ないんです

よ。そうしたところをもっとふやすにはどうすればいいかとかね。」

「給食サービスとかすごく大勢の方がこられるんですよ。それを型どおりではなくお年寄りが自由に参加できてお話もできたりするといいなあと。予防になりますしね。今、話し合いをしてますけどね。」

情報交換や自立者・要支援者へのサービス援助事業に加えて、日々の相談業務の中から要介護者の声を吸い上げて保険給付対象外サービスを開発する方向性は、今後、支援センターが進むべき方向性と考えられる。なぜなら支援センターが持つ本来の業務は、介護保険の枠を超えて利用者主体のケアマネジメントをしていくことであり、そして、再構築の意義が介護保険給付対象外サービスにも力点を置けるような支援センターの拡充であるため、本来的な業務、再構築の意義、目的と合致するからである。

そのため、今後は、地域型を中心に置き基幹型と地域型が協働する「統括・協働型」か「並列・協働型」で、なおかつ支援センターの専属の職員配置をする必要があると考える。(図2) 基幹型と地域型が協働する「統括・協働型」、「並列・協働型」という形ができていても支援センターの専属の職員配置がされてなければ地域型は支援センターの仕事が十分できないし、また、支援センターの専属の職員配置がされていても基幹型が地域型に対して管理し規制する「統括・権威型」であれば、地域型の力を引き出すことはできず、再構築の目的を達成することはできない。したがって、基幹型と地域型の協働と支援センターの業務に専念できる状況を作り出す必要があろう。

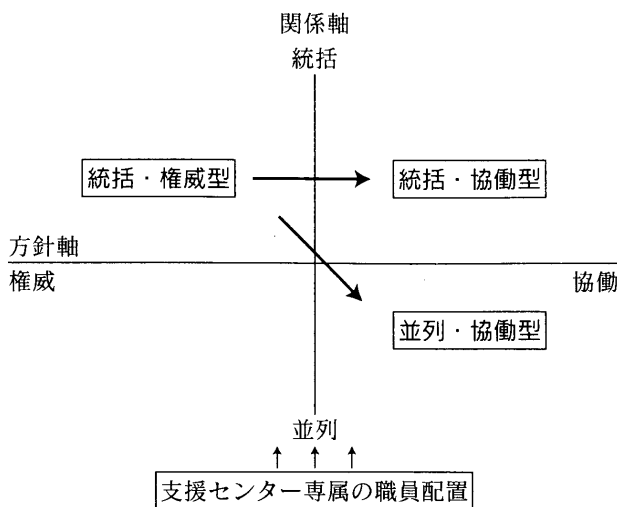


図2 再構築の類型の方向性

3. 在宅介護支援センターの再構築をめぐる今後の課題

再構築の重要性を明らかにし、基幹型と地域型の関係、基幹型の方針を含めて現状を類型化した。もちろん、これは兵庫県内の市区町村に限ってのことであり、今後さらなる検討が求められるが、この聞き取り調査の結果から出てきたことを踏まえて3つのことをあげて結びとしたい。

一つめは、よりよい類型への移行である。基幹型と地域型のネットワークを組み、地域ケア体制を作り上げる再構築においては、地域型と協働していく体制を作り上げる必要があり、「統括・権威型」は、「統括・協働型」と「並列・協働型」のような地域型を中心に置き基幹型が地域型と行政の掛け橋となる類型へと移行することが望ましい。

介護保険当初とは違い、地域型それぞれが力をもってきているので、地域型の自主性を阻害しないような側面的な支援が必要になる。基幹型が地域型の業務を管理し規制する「統括・権威型」は、地域型の力を生かしきれず、たとえ支援センター専属の職員を置いても介護保険対

象外のサービスをも含めたケアマネジメントするような地域のケア体制ができていかない。

これらの類型の移行は、基幹型の動き方が大きく影響する。地域型を中心におき、地域型の力を吸い上げることが必要である。行政が基幹型を直接実施していない場合は、それらのことを基幹型が実施できるように、行政による基幹型への積極的なバックアップが必要である。

二つめは、支援センターの専属の職員配置の必要性である。支援センター専属の職員の配置は、国レベルで取り組まなければならない問題でもあるが、市区町村レベルでも考えなければならないであろう。支援センターと居宅介護支援事業を兼務していると毎月の期限がある居宅介護支援事業が優先され、支援センターの業務にまで手が回らない。支援センターの業務は予防のための事業や実態把握だけではない。困難ケースなどでは、利用者のところへ何回も足を運び時間をかけて支援をすることが必要になるし、利用者の情報を収集するためには地域の民生委員やボランティアグループなどとも関係を作っておかなければならない。

介護保険ではすべての利用者に適切な援助ができるわけではなく、介護保険だけでは援助しきれない利用者が多く存在する。支援センターによる介護保険から漏れる利用者への対応は必要ではあるが、そうした業務は介護報酬のような形となるものではない。居宅介護支援事業をしながら困難ケースなどにも対応するという状況では各支援センターの負担が大きい。支援センター業務に専念できるように、専属の職員配置により、支援センターの活動を支える体制が必要である。

三つめは、地域ケア会議のあり方の検討が重要である。地域ケア会議においては、情報交換や自立者・要支援者へのサービス援助事業に終

始する方向をもつところとそれに加えて要介護者のニーズを吸い上げて開発する方向をもつところの二つがある。情報交換は、支援センターの業務を円滑にすることにつながっている。また、自立者・要支援者へのサービス援助事業は、介護保険制度で対象にならない利用者へのサービスにつながっている。しかし、市区町村全体でそのみに終始しているならば、介護保険で漏れる利用者に対しては、一つ一つの支援センターの努力に頼る他なく、かなり負担が伴う。一つの支援センターでできることは限られているが再構築で作られているネットワークを生かすにより可能性は広がる。

そのため、地域ケア会議を単なる情報交換や自立者・要支援者へのサービス援助事業に終わらせるのではなく、利用者のニーズを吸い上げ、保険給付対象外サービスの開発につなげることが大切である。それは、日々、利用者の相談を聞き、生活に触れている支援センターであるからこそ、そこから発見したニーズの吸い上げが可能なのである。日々の相談業務の蓄積から見えてくる必要なものをサービスとして開発する方向性は、利用者主体のケアマネジメントをするという支援センターの本来的な機能の発揮、また再構築の意義、目的に当てはまる。

しかし、それを現実にしていくためには、類型では、地域型を中心に置き協働する「統括・協働型」、「並列・協働型」で地域型の力が発揮できる状況を作ること、そして支援センター専属職員を置き、支援センターの活動がなされるように支援することが不可欠である。このように、類型を生かしつつ、利用者のニーズを吸い上げる体制を作っていくことが介護保険下で支援センターが進むべき方向性であると考えている。

註

- 1) 拙稿「在宅介護支援センターのケアマネジメント実践」関西学院大学社会学部紀要第88号、2000年10月、56頁。
- 2) シルバー新報編『在宅介護支援センターハンドブック92』環境公害新聞社、1992年、13頁。
- 3) 日本の現状においては「ケースマネジメント」「ケアマネジメント」の用語に関しては明確に区別されておらず、したがって本稿でも同義に用いている。
- 4) 全国在宅介護支援センター協議会編『在宅介護支援センター運営ガイド1996』1996年、21頁。
- 5) シルバー新報編『在宅介護支援センターハンドブック97』環境公害新聞社、1997年、18頁。
- 6) 厚生省介護保険制度準備室『介護保険制度案Q&A集』1997年7月、82頁。
- 7) 全国在宅介護支援センター協議会編『これからの在宅介護支援センターの機能と役割について』2000年3月、4頁。
- 8) 同、4頁。
- 9) 全国在宅介護支援センター協議会編『在宅介護支援センター21宣言—倫理行動基準—一条文解説書』2000年1月、第2条。
- 10) 筆者が2000年8月に兵庫県内在宅介護支援センターに聞き取り調査を実施したときと同じ対象で行った。拙稿「在宅介護支援センターの再構築の類型化」日本の地域福祉第15巻、2002年3月、83-91頁。
- 11) 全国在宅介護支援センター協議会編『これからの在宅介護支援センターの機能と役割について』2000年3月、8頁。